



Consentement à l'interruption de grossesse chirurgical

Je comprends que le but de l'avortement est d'interrompre ma grossesse. La méthode m'a été expliquée. J'autorise Dr _____ (ou le médecin remplaçant) à procéder à l'avortement. De plus, je l'autorise à disposer des produits de conception selon les normes de la pratique médicale.

Je comprends que l'interruption de grossesse par chirurgie comporte certains risques, et que des complications, quoique très rares, peuvent se produire malgré les meilleures intentions et compétences du médecin traitant. J'ai été informée qu'il y a une faible possibilité d'infection, de rétention, d'hémorragie, de dommage au col ou à l'utérus et de réaction allergique. De plus, il y a une possibilité minimale d'erreur dans l'estimation de la durée de la grossesse et de sa localisation. Il y a une possibilité de devoir revenir à la Clinique pour un rendez-vous de suivi afin de s'assurer que l'interruption de grossesse est complète, particulièrement pour les grossesses de moins de 6 semaines. J'autorise le personnel médical à effectuer les examens diagnostiques, les traitements et les suivis appropriés. Une IG, pratiquée dans des conditions sécuritaires, par des médecins bien formés, comporte un risque infime de décès. J'ai été informée de tous ces risques pour ma sécurité et pour des raisons légales.

J'ai été informée que l'intervention sera pratiquée sous sédation-analgésie. Ces médicaments vont diminuer temporairement mon état de conscience et me causer de la somnolence. De plus, il y a une possibilité de réaction allergique et de dépression respiratoire (ralentissement de la fréquence respiratoire) pour laquelle je serai évaluée de façon continue par le médecin et l'infirmière, jusqu'au retour de mon état de conscience initial. J'autorise tout traitement ou intervention non prévisible, mais qui s'avérerait nécessaire et pour lequel il serait impossible d'obtenir mon consentement. J'ai été informée que je ne devrai pas conduire de véhicule ni signer de documents importants dans les 24 heures suivant l'intervention.

J'autorise la Clinique des femmes de l'Outaouais à m'administrer des immunoglobulines (WinRho) anti-D advenant que mon groupe sanguin soit RH négatif. Si tel est le cas, un feuillet explicatif concernant le WinRho me sera remis.

J'autorise aussi la Clinique des femmes de l'Outaouais à transmettre mes informations personnelles ainsi que les informations pertinentes reliées à la grossesse actuelle au CISSS de l'Outaouais, dans le cas où je devrais y être prise en charge rapidement ou si je devrais y être référée advenant le cas où l'IG ne pourrait se faire en clinique.

J'atteste avoir reçu une copie du document intitulé *Guide d'information Interruption de grossesse par chirurgie*, dans sa version 06/2023. Ce guide regroupe l'information nécessaire pour se préparer à l'intervention et pour favoriser une bonne récupération.

J'ai pris connaissance et bien compris le présent formulaire de consentement. J'ai eu l'occasion de discuter de toutes les questions relatives à l'arrêt de cette grossesse.

Commentaires et/ou exceptions si nécessaire : _____

Et je signe.

Signature _____ Date: _____

Témoin: _____

Consentement revalidé par le médecin responsable de la sédation et de l'IG

Signature du médecin

Date